

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ**Н.Н. Мазуренко**

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»

Реферат

Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) – нарушение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сопровождающееся спонтанным или регулярным забрасыванием в полость желудка дуоденального содержимого и приводящее к повреждению слизистой оболочки желудка с развитием эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений.

Целью исследования было изучить клинические симптомы ДГР у детей, выявить факторы риска, определить предрасполагающие факторы для формирования данной патологии. Обследовано 98 (средний возраст пациентов 13–15 лет) детей в стационарных условиях на базе УЗ «Витебский детский клинический центр». Дети с ДГР были средне гармоничного физического развития, 2а группы здоровья, преимущественно городские жители. Среди клинических проявлений были боли в животе, желтый налет на языке, а также велик процент бессимптомного течения патологии.

Ключевые слова: дуоденогастральный рефлюкс, дети, диспепсические симптомы.

**DUODENOGASTRIC REFLUX IN CHILDREN:
PREDISPOSING FACTORS AND CLINICAL FEATURES****N.N. Mazurenko**

Healthcare Institution “Vitebsk Regional Children's Clinical Center”

Abstract

Duodenogastric reflux (DGR) is a disturbance of the motor-evacuation function of the gastrointestinal tract (GIT) accompanied by spontaneous or regular flowing of duodenal contents into the stomach and leading to damaging of gastric mucosa with the development of erosive-ulcerative, catarrhal and/or functional disorders. The aim of the research was to study the clinical symptoms of DGR in children, identify risk factors, determine predisposing factors for the development of this pathology. We examined 98 (the average age of the patients was 13-15 years) children in Healthcare Institution “Vitebsk Regional Children's Clinical Center”. Children with DGR were of medium harmonious physical development, 2a health group, mainly urban residents. Among the clinical manifestations were abdominal pain, yellow plaque on the tongue, but the percentage of asymptomatic pathology was also high.

Key words: duodenogastric reflux, children, dyspeptic symptoms.

Самостоятельно первичный ДГР встречается редко, в большинстве случаев он выявляется на фоне других заболеваний ЖКТ, прежде всего, гастродуоденальной патологии [1, 2]. Единственный и верный диагностический признак выявить достаточно сложно, для проявления желчного рефлюкса характерен полиморфизм клинической картины [3, 4]. Клинические проявления ДГР характеризуются преобладанием диспептических симптомов – отрыжкой воздухом или кислым, тошнотой, изжогой, рвотой желчью, горечью во рту, часто не проходящей или усиливающейся

на фоне приема ингибиторов протонной помпы (ИПП) [5, 6].

Наиболее частой причиной симптома горечи во рту служит заброс желчи в верхние отделы пищеварительного тракта и далее в ротовую полость, т.е. ДГР и дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс (ДГЭР), в том числе при расстройствах органов пищеварения с нарушением моторики и при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [7]. ДГР или ДГЭР оказываются патологическим феноменом в рамках ряда заболеваний: у больных после холецистэктомии и гастрэкто-

мии, при функциональных расстройствах органов пищеварения и ГЭРБ [8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 98 детей в стационарных условиях на базе УЗ «Витебский детский клинический центр» в 2015–2019 годах. Все пациенты с дуоденогастральным рефлюксом были в возрасте от 5 до 17 лет. Средний возраст составил 13–15 лет. Выполнялась ЭГДС на видео-гастроскопе Fujinon-2500. Диагностическим критерием ДГР было присутствие желчи в желудочном соке. Во время проведения ЭГДС всем детям осуществлялись анализ кислотности с помощью универсального индикатора, хромокопия с 0,25% раствором метиленового синего, определение *H. pylori* быстрым уреазным тестом. По результатам быстрого уреазного теста все пациенты были подразделены на 2 подгруппы: I группа (41 пациент) – положительный тест (21 девочка и 20 мальчиков) и II группа (57 детей) – отрицательный результат быстрого уреазного теста (29 девочек и 28 мальчиков).

С целью выявления влияния патологических факторов на формирование патологии ЖКТ нами проведен анализ историй болезней, изучены анамнестические и клинические данные, выполнен анализ диспепсических симптомов – тошноты, изжоги, рвоты желчью, болей в животе, запаха изо рта, желтого налета на языке. Результаты исследования обработаны методами вариационной, описательной статистики с помощью программ Statistica 10 (StatSoft Inc., США) в таблицах 2×2. Уровень статистической значимости отличий между группами пациентов (p) оценивался методом определения критерия по Пирсону (при наличии абсолютных значений признака более 10), внутри одной группы путем сравнения 95% доверительного интервала относительных частот. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами обследовано 98 детей, среди которых преимущественно преобладали 15–17 летние пациенты. Первая группа детей с положительным уреазным тестом имела следующее разделение: 5–6 лет - 2 (4,9%), 7–11 лет - 4 (9,6%), 12–14 лет - 9 (22%), 15–17 лет-26 (63,4%); а в группе с отрицательным уреазным тестом: 5–6 лет-2 (3,5%), 7–11 лет-10 (17,5%), 12–14 лет-14 (24,7%), 15–17 лет-31 (54,4%). Средний возраст обследуемых пациентов представлен в таблице 1.

Таблица 1. Средний возраст пациентов наблюдаемых групп ($M \pm m$)

Возраст (годы)	I группа (Hr+), n=41	II группа (Hr-), n=57
Средний возраст	14,73±0,34	13,5±0,4
Средний возраст мальчиков	15,05±0,38	13±0,65
Средний возраст девочек	14,43±0,56	13,9±0,47

ДГР преимущественно встречался у городских жителей (74 человека), чем у сельских (24 человека) ($p < 0,05$). В наблюдаемых группах чаще встречались пациенты со средним физическим развитием (Рис. 1) ($p < 0,05$), 2а группы здоровья, отсутствовала 4 группа (Рис. 2).

При сборе наследственного анамнеза у пациентов с ДГР, нами установлено, что близкие родственники пациентов достоверно чаще страдали заболеваниями пищеварительной системы и пищевой аллергией (Табл. 2).

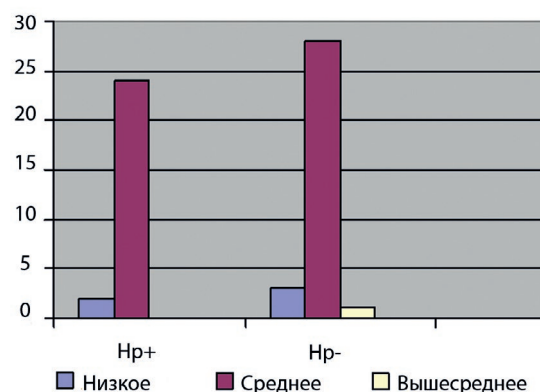


Рисунок 1. Физическое развитие пациентов с ДГР

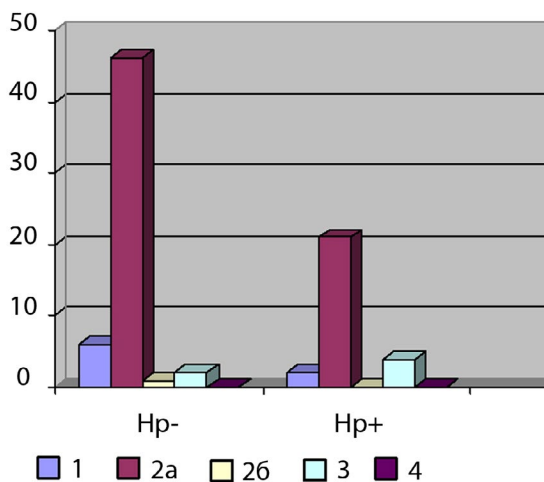


Рисунок 2. Распределение пациентов с ДГР по группам здоровья

Таблица 2. Особенности наследственного анамнеза у пациентов с ДГР

Патология	Группы пациентов				p
	Положительный уреазный тест (n=41)		Отрицательный уреазный тест (n=57)		
	Количество детей	Me [95 ДИ]%	Количество детей	Me [95 ДИ]%	
Астма	1	2,44[0,05-7,16]%	3	5,3[1,47-9,47]%	0,502
Пищевая аллергия	5	12,2[0,05-7,16]%	4	7,01[2,84-19,95]%	0,426
Заболевания ЖКТ	2	4,9[0,68-9,32]%	4	7,01[2,84-19,95]%	0,681
Онкология	0	0	1	1,75[0,05-7,16]%	0,233
Дерматит	0	0	1	1,75[0,05-7,16]%	0,233
Сахарный диабет	0	0	3	5,3[1,47-9,47]%	0,146

При обследовании мы также обратили внимание на состояние здоровья матери до наступления беременности и во время данной беременности, течение родов и послеродового периода, состояние ребенка при рождении.

Было показано, что матери пациентов с ДГР имели отягощенный акушерский анамнез в виде осложненного протекания беременности (токсикозы первой и второй половины беременности) ($p < 0,05$), дети достоверно чаще рождалась путем операции кесарева сечения, оперативного родоразрешения (Табл. 3).

Исходя из данных таблицы 4, можно сделать вывод, что большое количество пациентов получало вскармливание адаптированными молочными смесями, и у половины пациентов длительность грудного вскармливания составила менее 6 месяцев.

Диспепсические расстройства в виде тошноты, рвоты, отрыжки, тяжести в желудке, метеоризма, изменения аппетита отмечены детьми в обеих

группах обследования. Характеристика основных клинических проявлений диспепсического синдрома у детей основной группы и группы сравнения представлена в таблице 5.

Также мы попытались изучить влияние факторов риска на формирование ДГР (таблица 4).

При изучении жалоб и клинической картины выявлено, что ведущими симптомами у детей были боли в животе, желтый налет на языке, а также бессимптомное течение заболевания отмечено практически у третьей части пациентов (12 и 9 человек соответственно) (таблица 5).

Таким образом, выявленные особенности диктуют необходимость изменения тактики диспансеризации детей с ДГР за счет увеличения кратности наблюдения за больными (не только в традиционные сезонные периоды обострений). Кроме того, необходим тщательный мониторинг вновь появившихся нетипичных жалоб у детей с патологией ЖКТ с учетом возможности хронизации заболевания.

Таблица 3. Особенности перинатального анамнеза у детей с ДГР

Патология акушерского анамнеза	Группы пациентов				p
	Положительный уреазный тест (n=41)		Отрицательный уреазный тест (n=57)		
	Количество детей	Me [95 ДИ]%	Количество детей	Me [95 ДИ]%	
Родоразрешение путем кесарева сечения	5	12,2[0,05-7,16]%	3	5,3[1,47-9,47]%	0,256
Отслойка плаценты	1	2,44[0,05-7,16]%	0	0	0,241
Обвитие пуповины	1	2,44[0,05-7,16]%	0	0	0,241
Катаракта	1	2,44[0,05-7,16]%	0	0	0,241
Токсикозы I-II половины беременности	4	9,8[3,98-10]%	0	0	0,021
Недоношенность	1	2,44[0,05-7,16]%	1	1,8[0,05-7,16]%	0,816

Таблица 4. Особенности вскармливания пациентов с ДГР во время первого года жизни.

Длительность грудного вскармливания	Группы пациентов				p
	Положительный уреазный тест (n=41)		Отрицательный уреазный тест (n=57)		
	Количество детей	Me [95 ДИ]%	Количество детей	Me [95 ДИ]%	
Искусственное вскармливание	4	9,8[3,98-10]%	11	19,3[0,05-7,16]%	0,263
До 1 мес	4	9,8[3,98-10]%	1	1,8[0,05-7,16]%	0,093
1 – 6 мес	20	48,8[6,8-93,2]%	14	24,6[0,05-71,6]%	0,086
От 7 до 1 года	18	44[0,6-80,6]%	16	28,07[0,05-71,6]%	0,261

Таблица 5. Данные клинической картины и жалобы пациентов с ДГР

Симптомы	Группы пациентов				p
	Положительный уреазный тест (n=41)		Отрицательный уреазный тест (n=57)		
	Количество детей	Me [95 ДИ]%	Количество детей	Me [95 ДИ]%	
Тошнота	3	7,31[1,94-9,94]%	1	1,8[0,05-7,16]%	0,189
Рвота	3	7,31[1,94-9,94]%	1	1,8[0,05-7,16]%	0,189
Изжога	3	7,31[1,94-9,94]%	4	7,01[2,84-19,95]%	0,957
Боли в животе	18	43,9[0,6-80,6]%	16	28,07[0,5-71,6]%	0,261
Запах изо рта	2	4,9[0,68-9,32]%	5	8,8[4,78-10]%	0,49
Желтый налет на языке	7	17,07[1,84-9,01]%	3	5,3[1,47-9,47]%	0,087
Дискомфорт в эпигастрии	2	4,9[0,68-9,32]%	2	3,5[0,53-8,53]%	0,745
Жалоб нет	12	29,3[0,6-80,6]%	9	15,8[0,5-71,6]%	0,2003

ВЫВОДЫ

1. У детей с ДГР выявлена высокая степень сопряженности факторов риска, а именно генеалогических, биологических и социально-средовых в виде хронических заболеваний ЖКТ и отягощенной наследственности (пищевая аллергия) у близких родственников, токсикозов первой и второй половины беременности, оперативного родоразрешения, высоким удельным весом искусственного вскармливания, малой длительностью грудного вскармливания (менее 6 месяцев).

2. В клинической картине ДГР преобладали такие симптомы как боли в животе и желтый налет на языке, а также у большей группы пациентов заболевание протекало бессимптомно (21,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц, Н.Б. Желчный рефлюкс: современные теория и практика./Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, П.Г. Фоменко//М.: Форте принт.–2014.–26 с.
2. Звягинцева, Т.Д. Дуоденогастральный рефлюкс

- в практике врача-гастроэнтеролога: очевидные опасности и скрытая угроза / Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай//Гастроэнтерология.–2012.–№1.– С. 11.
3. Звягинцева, Т.Д. Дуоденогастральный рефлюкс: от клиники до лечения./Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай//Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. – 2012. – №407.
 4. Vaezi, M.F. Double reflux: double trouble / M.F. Vaezi, J.E. Richter//Gut. – 1999. Vol. 44. – P. 590 – 592.
 5. Галиев Ш.З. Дуоденогастральный рефлюкс как причина развития рефлюкс-гастрита./Ш.З. Галиев, Н.Б. Амиров//Вестник современной клинической медицины. – 2015. – №2(8). – С. 50–61.
 6. Хавкин, А.И. Нарушение антро-дуоденальной моторики: подходы к коррекции./А.И. Хавкин//Трудный пациент. – 2012. – №8. – С. 9.
 7. Буеверов, А.О. Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс как причина рефлюкс-эзофагита./А.О. Буеверов, Т.Л. Лапина//Фарматека. – 2006. – №1. – С.1–5.
 8. Лапина, Т.Л. Горечь во рту: интерпретация гастро-энтеролога/Т.Л. Лапина, А.О. Буеверов//Клинические перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2013. – №3. – С. 18–24.